CAPITOLUL 1. SĂNĂTATEA PUBLICĂ

1. Sănătatea publică

Obiective educationale:

- **să înțeleagă conținutul sănătății publice**
- **să definească sănătatea publică, domeniile acesteia**

Sănătatea publică, ca disciplină de învățământ, a apărut în România în jurul anului 1930 la Bucureşti şi la Cluj.

În 1942 apare medicina socială sub această denumire, la Bucureşti, sub conducerea Prof. Gh. Banu, iar la Cluj , Prof. I. Moldovan.

Orientarea şcolii bucureştene a fost către dezvoltarea aspectelor teoretice, conceptuale, în timp ce şcoala clujeană a dezvoltat partea metodologică. O altă personalitate a şcolii bucureştene de medicină socială a fost Prof. Th.Ilea.

Obiectul sănătății publice îl reprezintă starea de sănătate a grupurilor populaționale umane.

Scopurile sănătății publice:

- promovarea sănătății
- ocrotirea sănătății, prin menținerea sănătății şi prevenirea bolilor
- controlul morbidității prin combaterea bolilor şi a consecințelor acestora
- redobândirea sănătății

După Winslow „Sănătatea publică este ştiința şi arta de a preveni maladia, de prelungire a vieții şi de promovare a sănătății fizice şi mentale şi a eficienței prin eforturile organizate ale comunității pentru asanarea mediului, lupta contra maladiilor transmisibile, educația individului în igiena personală, organizarea serviciilor de îngrijiri medicale şi comunitare pentru diagnosticul precoce şi tratamentul oportun al maladiilor şi dezvoltarea unui mecanism social care să asigure fiecărui individ al comunității un standard de viață adecvat menținerii sănătății sale".

Sănătatea publică (după OMS) este „ştiința care studiază problemele de sănătate ale unei populații, starea de sănătate a colectivității, serviciile de igiena mediului, serviciile generale sanitare şi administrarea serviciilor de îngrijiri. Este strâns legată de conceptele medicinei preventive, medicinei sociale, abordând în egală măsură sănătatea comunitară, sănătatea publică veterinară".

În general, sănătatea publică desemnează în exclusivitate eforturile organizate şi conjugate ale societăţii, susţinute prin legi, programe de prevenire şi combatere, instituţii şi servicii sanitare, sociale, educative – în vederea reducerii discomfortului, bolii, incapacităţii, invalidităţii şi a deceselor premature.

Sănătatea publică este o ştiinţă de acţiune. Asemenea ştiinţelor medicale şi sănătatea publică se găseşte într-o continuă evoluţie – în jurul valorilor ei determinante, încadrate în viziunea ecologică, sociologică, culturală şi economică.

Sănătatea publică este o ştiinţă a acţiunii comunitare, economice şi sanitare, componentă a dezvoltării, reprezentând totodată argumentul major pentru cercetarea măsurilor sanogene cu contribuţia grupurilor sociale şi a tuturor sectoarelor comunităţii, în scopul menţinerii sănătăţii, prevenirii şi combaterii bolilor şi a consecinţelor lor.
Principalele domenii ale sănătăţii publice sunt:

- biostatistica
- demografia
- epidemiologia
- etica
- legislatiei şi dreptul
- aplicarea ştiitelor sociale şi comportamentale la sănătate
- conducerea serviciilor medico-sociale.

După Hanlon, sănătatea publică este „ştiinţa protejării oamenilor şi sănătăţii".

Sănătatea publică reprezintă ansamblul cunoştinţelor, deprinderilor şi atitudinilor populaţiei orientate spre menţinerea şi îmbunătăţirea sănătăţii. Ca ramură şi parte integrantă a sănătăţii publice se numără şi medicina comunitară, desemnând legătura bilaterală între medicină şi comunitate şi determinismul socio-economic, politic şi cultural al sănătăţii comunităţii. Deasemenea, exprimă responsabilitatea colectivă a medicinei faţă de comunitate pentru problemele comunitare susceptibile de a afecta sănătatea.

2.Starea de sănătate şi determinanții acesteia

Obiective educationale:

- **să definească stare de sănătate şi factorii care o condiționează**
- **să cunoască indicatorii obişnuiți utilizați în aprecierea starii de sănătate**
- **să aprecieze starea de sănătate şi importanta unor factori asociați**

Sănătatea manifestă un caracter procesual, evolutiv, datorită căruia definirea sa cunoaşte o multitudine de variante în concordanță cu dinamica şi specificul valorilor culturale, cunoştințele acumulate, etc.

Cea mai consacrată definiție a sănătății este cea dată de OMS (1948) – „Sănătatea reprezintă starea completă de bine din punct de vedere fizic, mintal şi social. Ea nu înseamnă numai absența bolii sau a infirmității". Caracteristicile definiției sunt următoarele:

- este acceptată de toată lumea ca o „aspirație"
- realizarea ei presupune responsabilizarea societății
- definiția subliniază caracterul pozitiv şi multiaxial al sănătății.

Criteriile utilizate tin cont de: bunăstarea funcțională, capacitatea organismului de a se adapta la condițiile variate de viață şi muncă, condiția umană care îl face pe individ creativ (criteriu utilizat frecvent de şcoala franceză).

Sănătatea grupurilor umane reprezintă o sinteză a sănătății individuale apreciate într-o viziune sintetică, globală, ecosistemică. Evoluția societății, după milenii şi secole de incertitudini şi agresiuni în existența sa planetară, primeşte în epoca modernă conceptualitatea durabilității pentru noțiunea de sănătate, sensul său prioritar contopindu-se cu atributele de promovare, echilibru şi protecție. Sănătatea reprezintă marea bogăție a lumii. Dreptul la sănătate al individului şi al colectivității umane (parte a eticii sănătății), reprezintă o componentă a eticii întregii societăți, determinând acesteia cadrul funcționării sub principiul echității. Sănătatea pe de o parte este o calitate a vieții, iar pe de altă parte reprezintă şi o măsură a calității vieții (al nivelului de trai socio-economic şi cultural). OMS structurează cinci dimensiuni ale calității vieții ce trebuie avute în vedere în evaluarea programelor de sănătate publică, şi anume:

- reducerea simptomelor maladiei
- înlocuirea anxietății şi a descurajării prin influxuri de stare de bine şi optimism
- menținerea unei rețele de interacțiuni sociale pozitive
- conservarea aptitudinor cognitive
- aptitudinea de a munci şi de a păstra un nivel de trai şi de muncă suficient

Ştiinţa medicală a secolului XXI, pe lângă sănătatea individului abordează în mod analitic sensul medico-social al sănătăţii colectivităţilor umane, descriind bine conturat medicina omului sănătos. Sănătatea şi boala sunt abordate astfel în concept global multifactorial, în abordare epidemiologică reţinem modelul lui Denver de factori care condiţionează starea de sănătate, derivat de la un concept al lui Lalonde **:**

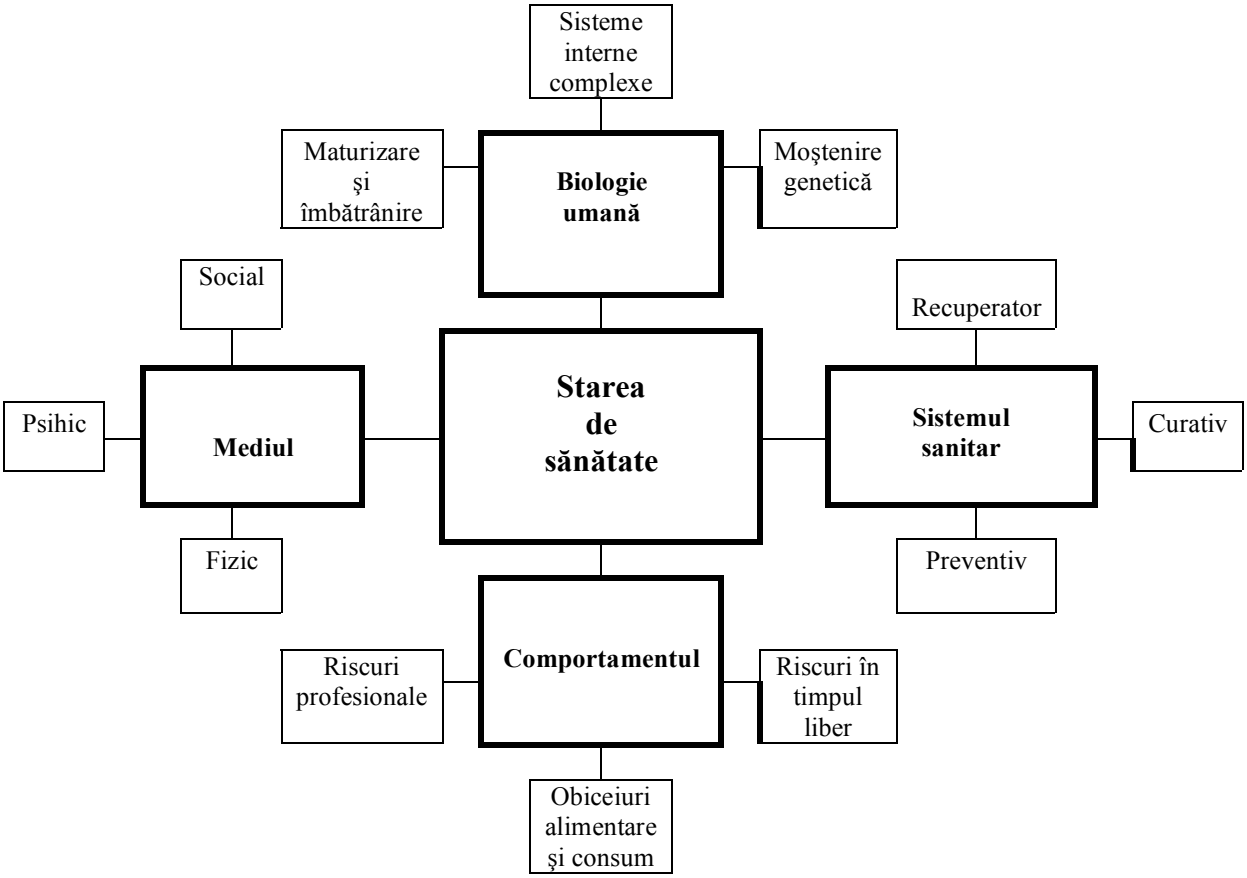
1. factorii biologici (ereditate, caracteristici demografice ale populaţiei);

2. factorii ambientali (factorii mediului fizic şi social: factori fizici, chimici, socio-culturali, educaţionali);

3. factorii comportamentali, atitudinile, obiceiurile. Stilul de viaţă depinde de comportamente care, la rândul lor, sunt condiţionate de factori sociali, deci stilul de viaţă este rezultatul factorilor sociali şi al comportamentelor;

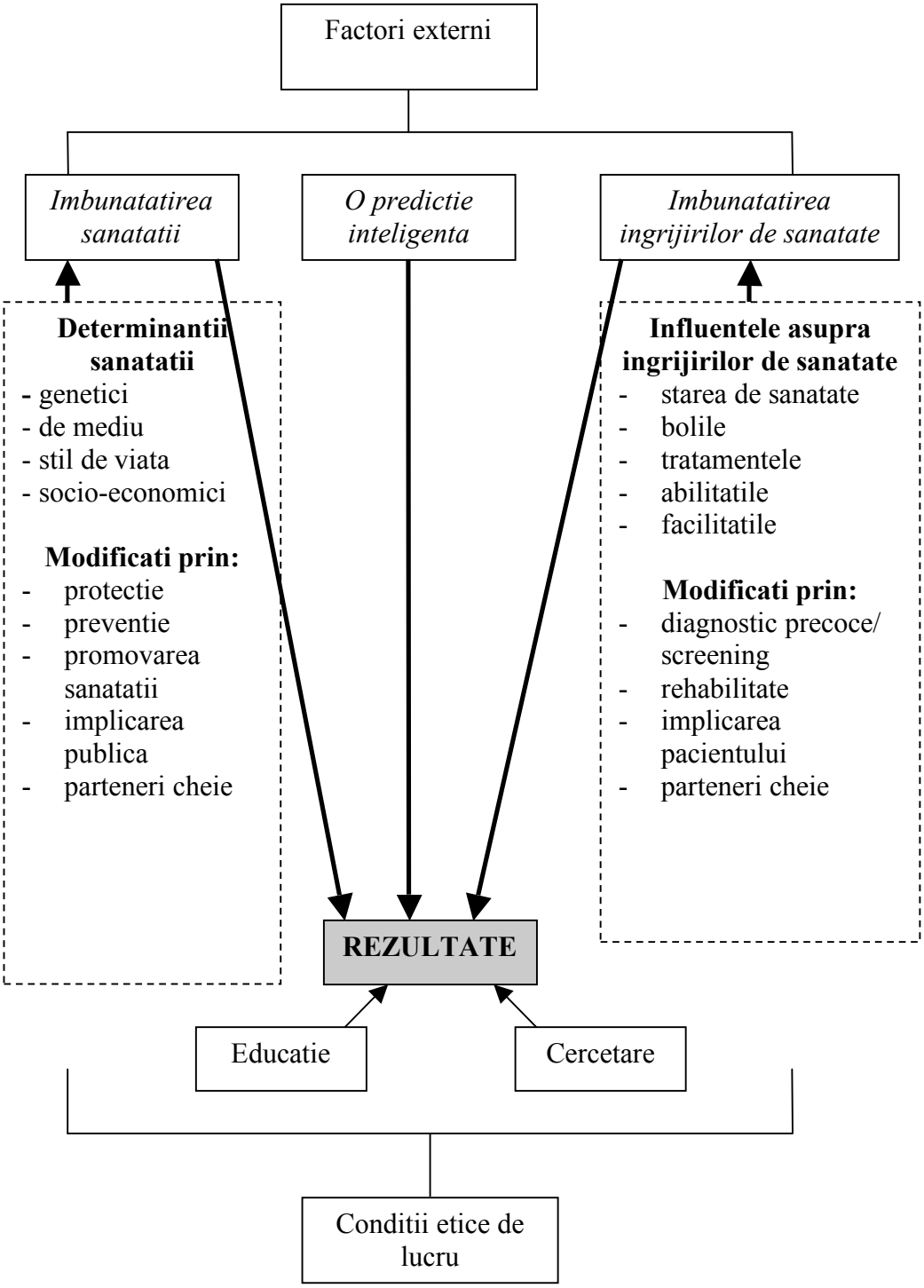
4. serviciile de sănătate (preventive, curative, recuperatorii).

În figura nr.1.1 este prezentat **Modelul epidemiologic al factorilor care determină starea de sănătate după Denver**.



Se poate vorbi de o interferenţă participativă multidisciplinară a contribuţiilor la starea de bine din punct de vedere mintal şi social în ceea ce priveşte individul şi colectivitatea. Această abordare reprezintă **Modelul integrat al determinanţilor starii de sănătate şi factorii care îi pot modifica** (adaptat dupa raportul anual al medicului şef al departamentului de sănătate , Londra1997).

Fig 1.2.


Factori externi
Imbunatatirea sanatatii
O predictie inteligenta
Imbunatatirea ingrijirilor de sanatate
Determinantii sanatatii
- genetici
- de mediu
- stil de viata
- socio-economici
Modificati prin:
- protectie
- preventie
- promovarea sanatatii
- implicarea publica
- parteneri cheie
Influentele asupra ingrijirilor de sanatate
- starea de sanatate
- bolile
- tratamentele
- abilitatile
- facilitatile
Modificati prin:
- diagnostic precoce/ screening
- rehabilitate
- implicarea pacientului
- parteneri cheie
REZULTATE
Educatie
Cercetare
Conditii etice de lucru

În 1998 O.M.S. a clasificat determinanții stării de sănătate în patru grupe: macroeconomici, factori de mediu, socio-economici, educaționali. La rândul său fiecare grup include determinanți direcți şi indirecți. Printre determinanții direcți de importanță majoră se regăsesc: stilul de viață (fumat, tip de alimentatie, alcool, utilizare de droguri), conditii de mediu fizic şi social (accesul la apa potabila, sanitatia, habitatul), comportamente de grup social (violenta în mediul familial, accesul la serviciile de sănătate). Determinantii indirecti cuprind: produsul intern brut, saracia, poluarea, modificarile de clima, migratia, modificari socio – demografice în structura populației, situatiile de criza (dezastrele naturale, conflictele armate, etc.)

Sănătatea poate fi definită şi ca o posibilitate de adaptare armonioasă la un mediu ambiant complex; boala apare astfel, prin antiteză, ca o imposibilitate de adaptare la multitudinea de condiții ambientale: din punct de vedere social va fi deci o inadaptabilitate la mediul social, sănătatea fiind şi expresia stării de bine din punct de vedere social. Omul trebuie privit în consecință ca o ființă socială – o entitate biologică, economică, culturală, socială – dreptul la sănătate făcând parte indestructibil din justiția socială.

În definirea sănătății un rol important il prezinta dimensiunea bolii care este perceputa diferit de profesionisti şi neprofesionisti:

- pentru **neprofesionisti**, boala este definita conform **perceptiei individului**, acesta se defineste bolnav; aceasta este o **definitie subiectiva**. În unele situatii nu exista concordanta intre subiectiv (perceptia persoanei) şi obiectiv (evaluarea medicala). Exprimarea „bolii" ca perceptie subiectiva în engleza corespunde cuvantului **„illness"**
- pentru **profesionisti criteriile** de definire a bolii sunt **biomedicale** în concordanta cu un ansamblu de semne şi simptome. în engleza cuvantul care exprima „boala" ca diagnostic medical este **„disease".**
- în literatura engleza se intalneste şi cuvantul **„sickness"** care se refera la **expresia bolii în raport cu normele sociale.**

Pentru toți aceşti termeni în limba romană există un singur cuvant „boală".

Totalitatea serviciilor de sănătate şi felul în care acestea sunt furnizate constituie sistemul de sănătate. Acesta este structurat şi organizat diferit în functie de determinanti socio economici şi ca expresie a unei optiuni politice, abordarea sănătății reprezentând o cerință intersectorială pentru societate.. Sănătatea reprezintă investiția de prioritate a capitalului uman, individul şi grupul fiind participanți activi în conceptul modern al sănătății.

Modelul ştiinţific de definire a sănătăţii – **„modelul negativ”** are următoarele caracteristici:

- este un model biomedical, sănătatea fiind privită ca fiind proprietatea fiinţei biologice şi nu a persoanei
- este reducţionist – conform acestui concept, afectarea sănătăţii nu ia în considerare contextul (bolnavul), ci boala
- conform modelului mecanicist negativ de sănătate, omul este privit ca o maşinărie ce se poate defecta
- caracterul allopatic din cadrul modelului negativ de sănătate presupune că fiecare boală poate beneficia de un anumit tratament medicamentos

La polul opus se situeaza noul concept, **„modelul pozitiv”** al sănătăţii cu următoarele caracteristici:

- sănătatea este privită ca o stare de bine din punct de vedere fizic, mintal şi social, ea nu înseamnă numai absenţa bolii sau a infirmităţii
- sănătatea este o stare de bine din punct de vedere fizic – presupune că individul munceşte, se hrăneşte, îşi desfăşoară activitatea în condiţii bune
- sănătatea mintal-emoţională este o stare din punct de vedere emoţional, însemnând faptul că omul nu trăieşte într-un climat de violenţă, nu este confruntat permanent cu stări ca frică, deprimare, nelinişte, anxietate şi are o bună capacitate de a face faţă stresului zilnic
- starea de bine din punct de vedere social relevă abilitatea de a realiza şi de a menţine relaţiile interumane în societate. Întreţinerea relaţiilor interpersonale ajută individul să se integreze în familie, colectivitate, societate
- sănătatea este şi starea de bine din punct de vedere spiritual; concept care se referă nu numai la credinţa religioasă dar şi la obiceiurile, principiile personale care conduc catre un mediu favorabil sănătăţii

Referitor la sănătatea societăţii conceptul defineşte necesitatea egalităţii şanselor în faţa sănătăţii. Este imposibil a fi sănătos într-o societate bolnavă care nu furnizează resursele pentru nevoile fizice şi emoţionale de bază.

Măsurarea stării de sănătate se realizează cu ajutorul unor indicatori.

Indicatori ai stării de sănătate

Aprecierea eficacității şi impactului programelor de sănătate sunt posibile prin indicatorii de sănătate sau prin factori înrudiți cu aceştia. Indicatorii pot fi clasificați în categorii legate de politicile de sănătate. Indicatorii utilizați pentru monitorizarea programului ``**Sănătate pentru toți până în anul 2000**`` (pe scurt HFA) – (OMS, 1981), sunt clasificați după cum urmează:

- Indicatori de politică sanitară:
    - preocuparea la cel mai înalt nivel politic pentru HFA;
    - alocarea resurselor adecvate pentru asistența primară; gradul de echitate în distribuția resurselor, gradul de implicare a comunității în HFA;
    - stabilirea celor mai bune măsuri organizatorice şi manageriale pentru strategia națională HFA;
    - manifestarea practică a implicării politice internaționale în HFA.
- Indicatori economici şi sociali :
    - sporul de populație ;
    - bugetul național sau produsul intern brut ;
    - distribuția veniturilor ;
    - gradul de ocupare al forței de muncă ;
    - gradul de alfabetizare a populației adulte ;
    - condițiile de locuit, exprimate prin numărul de persoane pe cameră ;
    - consumul de energie pe cap de locuitor.

- Indicatori de asigurare ai îngrijirilor de sănătate :
    - disponibilitate;
    - accesibilitate fizică;
    - accesibilitate economică şi culturală;
    - utilizarea serviciilor;
    - indicatori de apreciere a calității îngrijirilor.
- Indicatori ``de acoperire`` la nivelul asistenței primare:
    - nivelul de cultură medicală;
    - accesul la apă curentă în locuință sau la mică distanță de aceasta;
    - facilități igienice în locuință sau în imediata apropiere a acesteia;
    - accesul mamelor şi copiilor la serviciile locale de îngrijire;
    - asistența calificată la naştere;
    - procentul de copii vaccinați împotriva bolilor infecțioase predominante;
    - accesibilitatea medicamentelor esențiale pe tot parcursul anului;
    - accesul la instituțiile de specialitate;

- procentul de populație, de diverse categorii, ce lucrează în asistența medicală primară şi în instituțiile specializate.

- Indicatorii stării de sănătate:
  - procentul noilor născuți cu greutatea la naştere de minim 2500 g;
  - procentul copiilor cu greutate corespunzătoare vârstei şi corespunzătoare standardelor;
  - indicatori de dezvoltare psiho-socială a copiilor;
  - rata mortalității infantile;
  - rata mortalității sub vârsta de 5 ani;
  - rata mortalității la populația tânără;
  - speranța de viață la o vârstă determinată;
  - mortalitatea maternă;
  - mortalitatea specifică;
  - morbiditatea specifică;
  - nivelul de incapacitate de muncă;
  - indicatorii de patologie mentală şi socială, cum ar fi: rata suicidului, dependența de droguri, criminalitatea, delicvența juvenilă, alcoolismul, fumatul şi consumul de tranchilizante.

Comparația dintre rezultatele planificate şi cele actuale se foloseşte pentru monitorizarea obiectivelor OMS –`` Sănătatea pentru toți până în anul 2000``(SPT) şi pentru strategia europeană similară. În cel de-al doilea raport de monitorizare a strategiei sale, OMS a selectat 12 ``Indicatori Globali`` de progres (în cele mai multe cazuri în termenii numărului de țări ce au atins anumite standarde recunoscute:

- Gradul de participare la SPT.
- Gradul de implicare a comunității în îngrijirile de sănătate.
- Cheltuirea cu mai mult de 5% din bugetul național pentru sănătate.
- Alocarea unei cotei rezonabile din cheltuielile globale îngrijirilor la nivel local.
- Alocarea aceloraşi resurse la nivel individual, pentru asistența primară, în grupuri de populație şi arii geografice.
- Susținerea internațională a SPT.
- Prezența elementelor de îngrijiri primare de sănătate (PCH): apă potabilă, sanitație, vaccinarea împotriva principalelor boli transmisibile, asistență medicală la mai puțin de o oră de mers pe jos, asistență calificată pentru femeile însărcinate şi copii;
- Standarde minime de alimentație pentru sugari şi copii.
- Rata mortalității infantile, în special sub 50/1000.
- Speranța de viață – în special peste 60 ani.
- Procentul analfabeților în populația adultă bărbați/femei.
- Produsul național brut pe cap de locuitor.

Raportul asupra dezvoltării globale (Banca Mondială, 1993), foloseşte indicatorul GBD – Global Burden of Disease – exprimat prin ponderea globală a bolii. Acest indicator a fost calculat pentru principalele regiuni economice ale lumii, inclusiv fostele țări socialiste din Europa. GBD a fost dezvoltat în colaborare cu OMS, pentru a cuantifica pierderile din durata de viață datorite îmbolnăvirilor, măsurate în « ani de viață pierduți ». « Disability adjusted life year » (DALY) este o unitate folosită pentru a măsura atât ponderea globală a bolii, cât şi eficacitatea intervenției, aşa cum rezultă din reducerea consecințelor bolii. Exprimarea se face în valoarea prezentă a anilor viitori de viață sănătoasă care sunt pierduți ca urmare a deceselor premature sau a îmbolnăvirilor survenite într-un an anume.

Indicatori de disconfort, boala, incapacitate şi handicap

Clasificarea Internațională a indicatorilor de afectare a incapacității şi handicapului ca suma efectelor anatomice, fiziologice şi biologice ale bolii. Incapacitatea este definită ca impactul bolii asupra capacității de a îndeplini diverse acțiuni în mod corespunzător condiției umane. Handicapurile sunt impactele primelor două categorii asupra rolurilor individului în societate şi sunt specifice la nivel individual.

Clasificarea dimensiunilor incapacității include: locomoția, atingerea şi întinderea, dexteritatea, văzul, auzul, capacitatea de autoîngrijire, contingența, comunicarea, comportamentul şi funcția intelectuală.

Dimensiunile handicapului acoperă funcțiile de supraviețuire: orientare, independență fizică, mobilitate, ocupație, integrare socială şi autosusținerea economică.

Metodele de măsurare şi apreciere a incapacității şi handicapului au fost descrise, de către Ibrahim (1980). Aceasta consideră necesară adăugarea unui indice de securitate clasificării OMS. Modelul său IDH (impairement-disability- handicap) ia în considerare efectele pe cinci niveluri:

- nivel biologic;
- nivel anatomic/fiziologic;
- nivel de incapacitate;
- nivel de handicap;

3.Măsurarea morbidității

Obiective educationale;

- **să cunoască la ce anume serveşte cunoaşterea morbidității**
- **să cunoască principalele tipuri de morbiditate**
- **să cunoască criteriile utilizate pentru caracterizarea bolilor în studiile de morbiditate**
- **să definească diferitele tipuri de prevalență**
- **să măsoare prevalența bolilor**
- **să cunoască factorii care pot modifica prevalența bolilor**
- **să definească incidența bolilor**
- **să măsoare incidența bolilor**

Morbiditatea reprezintă totalitatea îmbolnăvirilor cunoscute la un moment dat, sau într-o anumită perioadă, în cadrul unei populații dintr-un teritoriu bine delimitat. Măsurarea morbidității într-o populație trebuie să țină cont de următoarele elemente:

- bolile nu sunt un concept static ci unul dinamic şi evolutiv, necesitând aspecte subiective şi relaționale
- simpla separare a sănătății de boală nu este deloc uşoară
- un fenomen morbid poate fi observat şi interpretat altfel de persoane diferite, bolnave, sau de medici de specialitate diferiți

Studiul morbidității serveşte la:

- controlul bolilor într-o populație
- planificarea ingrijirilor de sănătate
- elaborarea şi implementarea măsurilor de prevenție
- estimarea importanței economice
- cercetarea etiologiei şi tabloului clinic al bolii

În funcție de observație şi observator se pot descrie următoarele tipuri de morbiditate:

- morbiditatea reală (reprezintă totalitatea cazurilor de boală existente la nivelul unei comunități)
- morbiditatea diagnosticabilă (cazurile diagnosticabile cu probele care există în prezent)
- morbiditatea resimțită (boala aşa cum este percepută de populația laică, cea percepută de individ independent de orice referință de utilizare a ei în sistemele de îngrijire)
- morbiditatea obiectivă – este cea măsurată prin anchete epidemiologice sistematice utilizând instrumente de măsurare standardizate. În cazul bolilor ce pot fi asimptomatice (ex.:HTA) se poate ca cele trei tipuri de observare a morbidității să furnizeze rezultate diferite.

Criteriile pentru caracterizarea bolilor în studiile de morbiditate sunt:

- prezența bolii
- numărul de boli care se găsesc la o persoană
- frecvența bolii la un grup din populație
- gravitatea bolii
- impactul asupra sănătății

Evoluția bolii poate fi de la vindecare, cronicizare, complicații (incapacitate, handicap, etc.), deces.
Pentru încadrarea gnosologica cel mai frecvent se utilizează clasificarea OMS a bolilor (care pune accent pe cauza bolilor şi organul atins), dar există încă numeroase alte clasificări (după criterii psihiatrice, simptome, deficiențe, incapacitate).

Prin urmare sunt necesare şi nişte criterii de definire.

- criteriul statistic – un eveniment se consideră anormal dacă se situează în afara unui interval cuprins între ± 2 intervale în jurul valorii medii a fenomenului studiat
- criteriul clinic – se consideră anormal un eveniment dacă este frecvent asociat cu entități patologice bine definite anatomopatologic, microbiologic (ex. hemoptizia în cazul TBC)
- criteriul prognostic – este considerat anormal acel fenomen care se asociază cu o frecvență crescută de manifestări grave
- criteriul operațional – situația anormală este aceea care în urma unei intervenții nu conduce la realizarea unui beneficiu

❖ ***Prevalența morbidității*** reprezintă numărul total de cazuri ale unei boli date existent la un moment dat. Când perioada de observat este scurtă (săptămâni) putem vorbi de prevalență instantanee, altfel vorbim de prevalență de perioadă. Incidența împreună cu prevalența instantanee constituie prevalența de perioadă. Rata de prevalență se calculează raportând numărul de cazuri înregistrate pentru o boală, la efectivul populației de referință.
Prevalența este utilă mai ales în studiul bolilor cronice, fiind considerată o măsură a „supraviețuitorilor" care nu țin cont de cazurile decedate.
Relația între incidență şi prevalență. În cazul incidențelor egale, prevalența este cu atât mai importantă cu cât durata medie a bolii este mai lungă.
În aceste condiții, relația P = I x D este verificată. (P-prevalența, I-incidența, D-durata medie a bolii).

$$P = \frac{\text{nr. total de cazuri de boală}}{\text{nr. populație}}$$

Interpretarea variabilă în timp, a ratei de prevalență într-o arie geografică poate fi determinată de:

- **Variații ale numărătorului** pe baza nivelului de incidență sau nivelului duratei medii a bolii, ea fiind legată de rapiditatea vindecării sau a decesului (concept de letalitate) sau de plecarea bolnavilor în alte localități.
- **Variații ale numitorului** – numărul de naşteri şi cele de decese (dacă au impact asupra numărului populației generale).

În cazul în care interesează doar o clasă de o anumită vârstă se ține cont de variațiile clasei în funcție de istoria demografică şi de migrare (ex. incidența rujeolei este de 1000 de cazuri pe trimestru – 12 săptămâni), iar durata medie a bolii este de două săptămâni, prin urmare prevalența instantanee în timpul unui trimestru de epidemie este 1000/6 = 167. O acțiune medicală eficace poate contribui la creşterea prevalenței. Este cazul bolilor cronice degenerative care nu se vindecă dar pentru care îngrijiri bine conduse duc la creşterea duratei de viață şi deci a prevalenței. Invers, scurtarea supraviețuirii se traduce prin reducerea prevalenței, ceea ce nu implică obligatoriu o mai bună stare de sănătate a populației.

Rezumand , factorii care duc la cresterea prevalentei observate a bolii sunt:

- durata lunga a bolii
- cresterea duratei medii a vietii
- aparitia de noi cazuri de boala (prin cresterea incidentei)
- imigrarea de noi cazuri de boala
- emigrarea de persoane sanatoase
- imigrarea de persoane susceptibile a face boala
- imbunatatirea posibilitatilor de diagnostic (in timp)
- imbunatatirea posibilitatilor de tratament (acele terapii care impiedica decesul , dar nu vindeca boala)
- modificarea incadrarilor taxonomice în timp

Factorii care duc la scaderea prevalentei bolii sunt:

- scurtarea duratei bolii (prin tratament eficace)
- scaderea incidentei (consecinta evitarii aparitiei bolii)
- rata inalta a fatalitatii asociate bolii
- imigrarea de persoane sanatoase
- emigrarea cazurilor
- ameliorarea ratei de tratare a cazurilor (vindecarea bolii)

❖ ***Incidența morbidității*** este indicatorul care măsoară numărul de cazuri noi survenite în populația dată în timpul unei perioade de timp.

Rata incidenței reprezintă raportul dintre incidență şi efectivul populației susceptibile de a contacta boala studiată.

Incidența cumulată (riscul) este similară cu „riscul la deces" şi poate fi văzută ca o probabilitate, sau riscul persoanelor într-o populație dată de a dezvolta boala în perioada definită, cu condiția ca persoanele expuse la începutul perioadei să fie sănătoase. Este o probabilitate deoarece poate apărea decesul prin altă boală decât cea în relație cu expunerea observată; se exprimă la 1000 de persoane. Numitorul include populația care nu prezintă boala la începutul perioadei de observare, din populația la risc.

$$\text{Rata de incidență cumulată} = \frac{\text{nr. cazuri noi apărute în perioada definită}}{\text{nr.persoane din populația la risc care nu prezintă boala la începutul perioadei}}$$

Incidența cumulată este utilă pentru compararea riscului pentru sănătate în diferite populații. Riscul este o probabilitate şi este de obicei aplicat pentru bolile noncurente sau pentru primul episod al bolii. Când se exprimă ca o probabilitate valoare este între „0 şi 1".

Rata incidenței se confundă deseori cu **riscul absolut**. Aceasta explică de ce incidența este măsura de referință în epidemiologie.

Incidența sau frecvența cazurilor noi este în funcție de trei elemente: accesibilitatea, adresabilitatea şi calitatea diagnosticului. Prin urmare, ea nu ar trebui să fie considerată ca frecvență reală de apariție a cazurilor noi, decât în acele populații în care cele trei condiții se realizează în mod optim.

Rata de „atac" a incidenței este un tip particular de măsurare a riscului şi este utilizată în situații speciale. Temenul este rezervat cazurilor în care populația este 3expusă pe timp limitat (toxiinfecție alimentară produsă de aceeaşi sursă, accident nuclear, izbucnirea unei epidemii, etc) şi reprezintă numărul de cazuri noi care apar în populația la risc numai în perioada de expunere.

$$\text{Rata de atac} = \frac{\text{nr. cazuri noi (episoade, evenimente) din perioda de expunere}}{\text{nr.persoane la risc (de preferat ani x persoană)}}$$

Rata de atac este de două tipuri:

- rata primară
- rata secundară

Printre factorii care influențează nivelul incidenței se regăsesc:

- modificarea stilului de viaţă
- modificarea virulenţei factorilor incriminaţi în producerea bolii
- apariţia unor noi incriminanţi
- eficacitatea programelor naţionale şi a celor de intervenţie
- evoluţia temporală a bolii
- metode noi de diagnostic
- modificări în structura pe grupe de vârstă a populaţiei
- modificări în clasificarea bolilor
- migraţia

Din ce în ce mai des se foloseşte o nouă noţiune:

- **densitatea incidenţei** – reprezintă raportul între incidenţă şi un numitor format din numărul total de ani de observaţie asupra populaţiei. Pentru a calcula această valoare, pentru fiecare persoană expusă, se multiplica cu numărul de ani în timpul cărora persoana a fost expusă la factorul de risc (ex. un individ este expus timp de 5 ani la un factor de risc, el fiind socotit la numitor ca „persoane ani expuşi"). Acest tip de indicator se foloseşte pentru analiza morbidităţii pe perioade de timp ce depăşesc câţiva ani şi se interpretează ca o variabilă care exprima probabilitatea de a dezvolta boala în cursul unei perioade date.

$$\text{Densitatea incidenţei} = \frac{\text{nr. cazuri noi de boală din perioda observată}}{\text{nr.ani x persoană de expunere din populaţia din populaţia la risc}}$$

Perioada de expunere se exprimă în luni, ani, iar uneori cuprinde toată viaţa. Pentru precizie se calculează durata expunerii pentru fiecare persoană din populaţia la risc, după care se determină suma anilor de expunere pentru toate persoanele din populaţia respectivă. În practică se calculează de la început suma pentru toată populaţia expusă.

Bibliografie

- Beaglehole R., Bonita R. *Basic Epidemiology*, WHO, Geneva, 1993
- Beyrer K., Brauer G.W. *Light on Population Health Status,* WHO, Geneva, 1999
- Benzeval Michaela, Judge K., Whitehead Margaret *Tackling Inequalities in Health – an Agenda for Action,* King's Fund Publishing, 1995
- Berkelman R., Buchler J.W. *Public Health Surveillance of Non-infectious Chronic Diseases: the Potential to detect Rapid Change in Disease Burden,* International Journal of Epidemiology, 1990
- Bodart C., Sapirie S. *World Health Forum,* vol.19, 1998
- Dever A. *Epidemiology in Health Services Management*, An ASPEN Publication, 1984
- Donald L.P., Pennifer Erickson *Health-Related Quality of Life outcomes of Health Care Organization and Delivery,* Medical Care, vol.35, nr.11, Supplement, 1997
- Enăchescu D., Marcu Gr.M. şi colab. *Sănătate Publică şi Management Sanitar,*Ed ALL, 1994
- Jenicek M., Cleroux R. *Epidemiologie – Principes: Techniques,* Edisem Inc., 1987
- Lerer B.L., Lopez D.A. *Health for All: Analyzing Health Status and Determinants,* World Health Statistics Quarterly, vol.51, nr.1, WHO, Geneva, 1998
- Marcu Aurelia si colab. *Metode utilizat eîn monitorizarea stării de sănătate publică* Institutul de Sănătate Publică, Bucureşti, 2002
- *** A World Bank Book *The Health of Adults in the Developing World,* Oxford University Press, 1992
- *** Department of Health in the UK *The health of the Nation – One Year on . . . A report on the progress of the Health of the Nation,* 1993
- *** WHO *Health Research Methodology – A Guide for Training in Research Methods,* 1992